

ния, сопровождающихся кашлем, выбор ЛС должен быть строго индивидуальным и в первую очередь учитывать механизм фармакологического действия ЛС и характер патологического процесса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ершов, Ф.И. Антивирусные препараты. Справочник./ Ф.И. Ершов.- М.: Медицина, 1998. - 65 с.
2. Геппе, Н.А. Снегоцкая М.Н. Место мукокорегуляторов в терапии бронхолегочных заболеваний у детей. / Н.А. Геппе, М.Н. Снегоцкая // Фарматека. – 2004. - №17. – С.35-38
3. Зайцева, О.В. Кашель у детей: рациональный выбор терапии. Пособие для врачей. / О.В. Зайцева – М., 2003. – 36 с.
4. Коровина, И.А. Противокашлевые и отхаркивающие лекарственные средства в практике врача-педиатра: рациональный выбор и тактика применения. Пособие для врачей./ И.А. Коровина. – М., 2002. – 40 с.
5. Попп, М. Технология фитониринга: неисчерпаемый потенциал, большие перспективы. / М. Попп. // Здоровье Украины. – 2007.- №13-14. – С. 60-61.
6. Морозова, С.В. Возможности фитотерапии при сочетанной синусобронхиальной патологии / С.В. Морозова // РМЖ. – 2008 – Т.16.№2 (312) – С. 100-102
7. Кешишян, Е.С. Эффективность противокашлевого препарата «Бронхипрет» у детей раннего возраста./ Е.С. Кешишян, Г.Ю. Семина [Электронный ресурс]. - 2006 - Режим доступа: <http://urmj.ru/arhpulm06.htm> - Дата доступа: 10.10.2008.
8. Kemmerich, B. Efficacy and tolerability of a fluid extract combination of thyme herb and ivy leaves and matched placebo in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. A prospective, double-blind, placebo-controlled clinical trial./ B. Kemmerich, R. Eberhardt, H. Stammer. // Arzneimittelforschung. – 2006 - N56 (9) – P.652-660.
9. Костромина, В.П. Применение препарата «Бронхипрет» в лечении неспецифических заболеваний легких у детей. / В.П. Костромина, Л.Б. Ярошук // Медицинские новости. - 2007 - №2. – С.56-59.

10. Когортное исследование препарата Бронхипрет® в сравнении с синтетическими муколитическими средствами. [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.health-ua.com/articles/535.html>. - Дата доступа 10.10.2008.

Поступила 10.12.2008 г.

\*\*\*\*\*

**В.В. Кугач, М.М. Сачек**

#### **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ПРОБЛЕМА САМОКОНТРОЛЯ**

Витебский государственный  
медицинский университет

По данным Международной диабетической федерации двадцать лет назад количество людей с диагнозом «сахарный диабет» во всем мире не превышало 30 миллионов. Сегодня количество больных диабетом составляет более 270 миллионов [1], а к 2030 году их число увеличится до 366 миллионов человек [2]. В различных странах от 40 до 80% больных не осознают серьезность своего заболевания и зачастую не получают адекватной специализированной помощи, что создает предпосылки к развитию необратимых осложнений [3].

Сахарный диабет 2-го типа – наиболее распространенный тип заболевания (90-95% случаев диабета). 70% больных диабетом 2-го типа не знают о том, что они больны; диагноз обычно ставится тогда, когда в организме больного уже развились необратимые изменения [2].

Проблема сахарного диабета носит глобальный характер, так как давно вышла за рамки сугубо медицинской. Около 6 миллионов человек в мире болеют сахарным диабетом 1-го типа. Диабет имеет многовекторную направленность, требующую серьезных финансовых, социальных, научных, этических решений, от чего, в конечном счете, зависят безопасность и благополучие любой нации.

Средняя продолжительность жизни людей, страдающих сахарным диабетом, не превышает 28,3 года от начала заболевания.

Смертность от болезней сердца и инсульта у больных сахарным диабетом в 2-3 раза выше, слепота в 10 раз, нефропатия в 12-15 раз, а гангрена нижних конечностей почти в 20 раз чаще, чем среди населения в целом [4,5].

В России зарегистрировано более 8 млн. людей с диабетом, в Украине - более 1 млн., в Беларуси - более 170 тысяч. Однако результаты контрольно-эпидемиологических исследований показывают, что число больных диабетом гораздо выше [3]. На заседании глав правительств стран - участниц СНГ, посвященном Всемирному дню борьбы с диабетом, было подписано Соглашение о сотрудничестве государств - участников Содружества в борьбе с ростом заболеваемости сахарным диабетом. Проект документа разработан по инициативе Межпарламентской Ассамблеи СНГ. Соглашение предполагает разработку долгосрочной межгосударственной программы сотрудничества по профилактике и лечению сахарного диабета. Данная программа включает проведение масштабных скрининговых обследований по раннему выявлению диабета, гарантированное обеспечение высококачественными сахароснижающими препаратами и лекарственными средствами, способствующими предупреждению осложнений диабета.

Организация Объединенных Наций приняла Резолюцию по сахарному диабету (61/225), в которой стремительный рост заболеваемости диабетом объявлен чрезвычайной угрозой для всего мирового сообщества. Принятию Резолюции ООН способствовало широкомасштабное общественное движение, инициированное Международной диабетической федерацией (IDF) и направленное на повышение информированности населения планеты об угрозе диабета. Резолюция ООН призвана обратить внимание мирового сообщества на крайнюю серьезность проблемы, побудить правительства всех стран разработать чрезвычайные меры по борьбе с диабетом и реализовать национальные стратегии

профилактики и лечения диабета. Профилактика и ранняя диагностика сахарного диабета и его осложнений не только позволит существенно снизить расходы на лечение больных, но, прежде всего, сохранить жизнь и здоровье миллионов людей [1].

Резолюция ООН по сахарному диабету является исторически важной, так как это первая резолюция, заявившая об угрозе неинфекционного хронического заболевания. До настоящего времени подобные резолюции ООН были приняты по таким социально-значимым заболеваниям, как туберкулез и СПИД/ВИЧ.

Резолюция ООН по диабету ставит своей целью признать решение проблемы диабета приоритетной задачей в сфере здравоохранения, указывает на необходимость профилактики сахарного диабета и углубления научных исследований в области методов лечения диабета, а также призывает все страны мира поддерживать следующие ключевые направления:

- Создать национальные программы по предупреждению, лечению и профилактике диабета и включать их в состав государственных программ по здравоохранению.

- Повысить информированность населения о диабете и его осложнениях, методах профилактики и лечения с помощью образовательных программ и СМИ.

- Проводить 14 ноября Всемирный день борьбы с диабетом под эгидой ООН, начиная с 2007 года.

По инициативе ВОЗ и IDF, начиная с 2005 года, Всемирные Дни борьбы с сахарным диабетом посвящались следующим проблемам:

2005 – «Повышение качества диабетической помощи с целью снижения уровня ампутаций»;

2006 – «Диабет среди населения, оказавшегося в уязвимом и невыгодном положении»;

2007 – «Диабет у детей и подростков»;

**2008 - «Профилактика осложнений путем контроля глюкозы крови, уровня липидов и артериального давления».**

Борьба с ростом заболеваемости сахарным диабетом требует комплексного подхода путем прозрачности, измеримости, принятия мер на всех этапах – от профилактики до лечения серьезных осложнений. Измеримость при этом является важным фактором, который способствует информированности, внедрению нововведений и выступает основой для координации действий по улучшению ситуации с диабетом [7].

Лечение сахарного диабета и его осложнений связано с огромными расходами государственных бюджетных средств, в то время как затраты на профилактику сахарного диабета и предупреждение его осложнений во много раз меньше.

**Самоконтроль сахарного диабета - одно из главных орудий в борьбе с диабетом.**

Если диагноз “сахарный диабет” установлен, необходимо приступать одновременно к лечению и контролю заболевания, так как они являются неразрывным комплексом мер, направленных на поддержание организма в нормальном состоянии [8]. Если человек стремится, несмотря на диабет, хорошо себя чувствовать, вести максимально полноценную жизнь, сохранять работоспособность и предотвратить развитие осложнений, ему необходимо добиваться хорошего состояния обмена веществ, поддерживая уровень глюкозы в крови близким к норме [9].

Ежедневный самоконтроль определяет, что следует предпринять, чтобы добиться лучшей компенсации диабета, позволяет самостоятельно решать многие проблемы, обусловленные болезнью. Сахарный диабет - уникальное заболевание, поскольку его лечение после соответствующего обучения во многом возлагается на плечи самого пациента. Роль врача в этом случае сводится к роли консультанта по всем вопросам относительно диабета и учителя, постепенно обучающего человека жить с диабетом [1].

К сожалению, большинство больных не способны чувствовать перепады глюкозы в пределах 4,0-13,0 ммоль/л. Более того, длительно декомпенсированные

больные часто адаптируются к высокому уровню глюкозы в крови и чувствуют себя удовлетворительно при высоком уровне глюкозы в крови. Именно в этом и заключается коварство сахарного диабета, так как высокий уровень глюкозы в крови неизбежно ведет к развитию осложнений.

Самоконтроль необходимо проводить всем людям с сахарным диабетом, как 1-го типа, так и с 2-го типа, а также в группах риска. Основой контроля являются простые анализы, которые можно регулярно проводить в домашних условиях, определяя концентрацию глюкозы в крови с помощью глюкометра. Именно в процессе самоконтроля приходит правильное понимание своего заболевания и вырабатываются навыки по управлению диабетом [10,11].

Глюкометр предназначен для динамического контроля уровня глюкозы в крови. Ее значения меняются в течение дня под влиянием различных факторов — питания, физической нагрузки, приема лекарств, цифр артериального давления, эмоциональной нагрузки, инфекционных и других сопутствующих заболеваний.

Глюкометр нужен, чтобы человек изучал собственные индивидуальные реакции на все эти факторы и мог использовать свои знания для коррекции заболевания и других метаболических нарушений.

Как выбрать глюкометр? Для любого человека, решившего сделать такую покупку, важное значение имеет консультация работника аптеки или врача. Перед тем, как дать рекомендации по тому или иному прибору, следует внимательно прочитать его инструкцию.

- Убедитесь, что фирма–продавец долго и успешно работает на рынке, что расходный материал и батарейки всегда есть в продаже, а ремонт или замену прибора можно произвести сразу и быстро.

- При этом желательно, чтобы больной знал свой гематокрит — один из параметров общего анализа крови, потому что отклонения от его нормального уровня могут существенно повлиять на результаты измерения и, выбирая глюкометр, следует обязательно обратить внимание на диапа-

зон допустимого гематокрита в инструкции прибора.

- Время измерения в современных приборах не должно превышать 60 с, а людям старшего возраста лучше выбрать глюкометры с большим дисплеем и как можно меньшим количеством кнопок.

- Глюкометр должен быть закодирован на общепринятую для нашей страны единицу измерения, ммоль/л (а не мг/дл), иметь функцию автоматической калибровки, продаваться в комплекте: прибор, тест-полоски к нему, прокалыватель. Глюкометры могут быть калиброваны «по плазме» и по цельной крови. Их показания будут отличаться, потому что уровень глюкозы в плазме всегда выше. Так, для здорового человека этот показатель составляет 3,9 — 6,1 ммоль/л, а нормальная концентрация глюкозы в цельной крови — 3,3 — 5,5 ммоль/л. То есть две величины расходятся между собой на 12 — 18 процентов.

- Необходимо знать, что хотя прибор, калиброванный по плазме, и определяет уровень гликемии в периферической крови, он автоматически умножает полученное значение на соответствующий коэффициент. В результате конечная цифра будет выше той, что получается в поликлинике, если забор крови не проводился из вены.

- Еще один важнейший параметр — гликированный гемоглобин (HbA1c) [9]. Он образуется в результате связывания гемоглобина А, содержащегося в эритроцитах, с глюкозой крови и показывает, какой была концентрация глюкозы в предшествующие 6 — 8 недель. Нормализация значения HbA1c происходит на 4 — 6-й неделе после достижения нормального уровня глюкозы. Гликированный гемоглобин является наиболее важным показателем того, адекватно ли проводится лечение. И проверять этот параметр нужно каждые 3 — 4 месяца. Согласно рекомендациям Европейской диабетической ассоциации значение HbA1c у пациентов с хорошей компенсацией сахарного диабета должно быть меньше или равно 7 процентам [7]. Поскольку гликированный гемоглобин опре-

деляется с помощью различных методик и оборудования, чтобы отслеживать изменение уровня HbA1c с течением времени желательно делать анализ в одной лаборатории.

- Обязательно рекомендуем больному обратиться к своему врачу и сообщить ему, каким прибором он пользуется, чтобы не возникало путаницы, и в случае лечения не вносились ненужные коррективы [10].

- И, конечно, глюкометр, как средство для самоконтроля, должен быть доступным как по ценам, так и по наличию расходных материалов.

Отдельного внимания заслуживает проблема необходимости контроля уровня глюкозы в крови у лиц, не страдающих сахарным диабетом. Следует отметить, что низкий уровень заболеваемости сахарным диабетом в Беларуси обусловлен тем, что сахарный диабет зачастую протекает бессимптомно, и диагноз устанавливается поздно. Факторами риска развития диабета являются [4]:

- избыточная масса тела, особенно сопровождающаяся абдоминальным типом отложения подкожно-жировой клетчатки;
- возраст после 40 лет;
- наличие сахарного диабета у кровных родственников;
- артериальная гипертензия;
- отягощенный акушерский анамнез;
- развитие симметричных катаракт в относительно молодом возрасте;
- гнойничковые и грибковые поражения кожи и др. состояния;
- подверженность длительным стрессам.

По оценкам экспертов, каждый рубль, израсходованный на профилактические мероприятия, позволяет сэкономить от 8 до 10 рублей, которые тратились бы на лекарственные препараты, социальные выплаты, оплату пребывания в стационарах и другие нужды.

Использование тонометров для контроля артериального давления уже давно стало привычным для каждой семьи. Теперь пришло время для того, чтобы любой человек, при необходимости, мог само-

стоятельно контролировать и уровень глюкозы в крови.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шарафанович, А. Прежде всего – профилактика / А. Шарафанович // Российские аптеки. – 2008. - №6 (114). – С. 6.
2. Проблемы старта инсулинотерапии при сахарном диабете типа 2 и возможности детемира (левемеира) / Л.Я. Руюткина [и др.]; // Фарматека. – 2007. - №3 (138). – С. 57-63.
3. Новые возможности патогенетической терапии осложнений сахарного диабета / Л.Д. Давыдов [и др.]; // Фарматека. – 2008. №5 (159). – С. 35-38.
4. Никонова, Л.В. Терапия метаболического синдрома / Л.В. Никонова, В.Н. Волков, Л.М. Казыро // Рецепт. – 2008. - №3 (59). – С. 96-100.
5. Диабетическая автономная нейропатия: распространенность, патогенез, лечение / О.Н. Ткачева [и др.]; // РМЖ. – 2005. - №20, Т.13. – С. 1329 – 1333.
6. Цетлина, В. Образ жизни – диабет / В. Цетлина // Новая аптека. – 2007. - №11. – С. 122-123.
7. Романовский, А.А. Стоимость лечения гликлазидом и гларгином при достижении целевых значений гликированного гемо-

- глобина у больных сахарным диабетом 2 типа / А.А. Романовский // Рецепт. – 2006. - №2 (46). – С. 113-116.
8. Анциферов, М.Б. Новомикс 30: новые возможности терапии сахарного диабета типа 2 / М.Б. Анциферов, Л.Г. Дорофеева // Фарматека. – 2007. - №3. – С. 64-67.
  9. Дрейд, Д.Д. Сахарный диабет: лечение и профилактика / Д.Д. Дрейд // Новая аптека. – 2007. - №6. – С. 24-28.
  10. Тихомирова, О. Глюкометры – помощники и спасители / О. Тихомирова // Российские аптеки. – 2007. - №20 (106). – С. 34-36.
  11. Бондарь, Т.П. Лабораторно-клиническая диагностика сахарного диабета и его осложнений / Т.П. Бондарь, Г.И. Козинцев // М.: Медицинское информационное агентство. – 2003. – 88 с.
  12. UKPDS Group. Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33) // Lancet. - 1998. - V. 352. - P. 837-853.

Поступила 10.12.2008 г.

\*\*\*\*\*